

氏名: _____ 生年月日: _____ 年 月 日

- ・来院手段: 自家用車・その他 ()
- ・自家用車の場合(車種/色/ナンバー: _____)

症状についてお答えください
(あり・なしに○を付けてください)

医院記入欄 KT: _____ SpO2: _____

・発熱	あり (月 日頃から)	・なし
	(最高 °C)	
・呼吸苦	あり (月 日頃から)	・なし
・咳	あり (月 日頃から)	・なし
・痰	あり (月 日頃から)	・なし
・鼻汁	あり (月 日頃から)	・なし
・喉の痛み	あり (月 日頃から)	・なし
・倦怠感(ダルさ)	あり (月 日頃から)	・なし
・関節や体の痛み	あり (月 日頃から)	・なし
・頭痛	あり (月 日頃から)	・なし
・吐き気や下痢	あり (月 日頃から)	・なし
・味覚や臭覚の障害	あり (月 日頃から)	・なし

2週間以内の行動に関し、お答えください

(診察に必要な情報ですのでご記入ください)

・海外渡航	あり (月 日頃)	・なし
・首都圏などの流行地域への往来	あり (月 日頃)	・なし
・家族や職場に新型コロナの感染	あり (関係 _____)	・なし
・会食やカラオケへの参加	あり (月 日頃)	・なし
・コロナワクチンの予防接種を受けましたか	はい (直近は 月 日)	・いいえ
	回目(ファイザー / モデルナ)	
・必要に応じてコロナの検査を希望されますか	はい	・いいえ

・その他、心配な事はございますか?
(_____)

・PCR検査を受けた場合は結果の連絡に、また陽性の場合は保健所からの連絡に必要ですので電話番号をご記載ください

(検査結果の連絡をメールでご希望の方はメールアドレスもご記載ください)

電話番号: _____
(8時~21時までの間、確実に連絡が取れる番号)

メールアドレス: _____

医院記入欄: 連絡 保健所 HER-SYS